

DES

N° 67

TRAUMATISMES

CHEZ LES ARABES

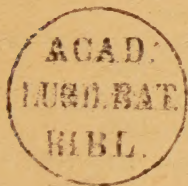
AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juin 1909

PAR



René BOULARD

Né à Bourg-le-Roi, le 6 août 1882

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'ALGER

ANCIEN PRÉPARATEUR D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
D'ALGER

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseign ^t de
	pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Cliniques des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement
	de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELT Ed.	CABANNES
POUMOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examineurs de la Thèse

MM. SARDA, <i>président.</i>	VIRES, <i>agréé.</i>
TEDENAT, <i>professeur</i>	SOUBEYRAN, <i>agréé.</i>

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans ses Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni impré-
bation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

R. BOULARD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR SARDA

R. BOULARD.

DES TRAUMATISMES

CHEZ LES ARABES

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

INTRODUCTION

Pendant notre séjour en Algérie, nous avons été frappé par la fréquence des coups, blessures et crimes, chez les Arabes, et spécialement entre les Arabes.

Dans notre pays de naissance, la Normandie, les rixes sont relativement rares, bien qu'une vieille expression populaire accuse les Normands d'avoir « la tête près du bonnet ». En tous cas, ces combats sont sans gravité : généralement, on se borne à échanger quelques coups de poing et, quand le visage des deux partenaires est un peu ensanglanté, les voisins ou spectateurs interviennent, et la réconciliation ne tarde pas à s'effectuer dans un cabaret, aidée par une copieuse libation de cidre ou de quelque vieille bouteille de Calvados. La Bretagne, que nous avons habitée plusieurs années, est déjà d'humeur moins facile. Les disputes y sont rares, mais plus sanglantes ; les gens de l'Arvor luttent volontiers, frappant leur adversaire à coup de tête, à la façon d'un bétail, ou jouant avec une

redoutable adresse du « pen-baz », sorte de bâton lourd et renflé à l'une de ses extrémités.

Chez les Arabes, au contraire, les batailles (nefra) sont fréquentes et graves, et reconnaissent souvent pour motifs des raisons futiles. D'après une statistique établie par M. le docteur Kocher, le nombre des crimes jugés par les Cours d'assises de l'Algérie a été, en trois ans, de 864, dont 813 commis par les indigènes ; et le nombre de coups et blessures, jugés par les tribunaux de première instance, a atteint pendant la même période 8.887, dont 6.664 par les indigènes. Faut-il en chercher la cause dans la chaleur du climat d'Algérie, dans les sujets plus nombreux de querelles, ou dans l'état peu avancé de la civilisation chez les indigènes ? Montesquieu écrit dans *L'Esprit des Loix* : « Approchez des pays du Midi, vous croirez vous éloigner de la morale même : des passions plus vives multiplieront les crimes, chacun cherchant à prendre sur les autres tous les avantages qui peuvent favoriser ces mêmes passions. » Quoi qu'il en soit, le fait est indéniable et reconnu par tous les observateurs.

Aussi bien nous a-t-il paru intéressant de chercher à pénétrer ces causes, et aussi d'examiner quelles armes les indigènes emploient de préférence. Cette étude conduit nécessairement à une autre constatation qui est la grande résistance des Arabes aux traumatismes. Il s'agit surtout ici des Arabes de l'intérieur, qui pratiquent l'Islamisme et qui ont conservé les coutumes de leurs ancêtres. Il est, en effet, reconnu que l'Arabe des grandes villes, qui s'est trouvé en contact avec la civilisation européenne, a perdu le plus souvent ses croyances, ses bonnes habitudes de sobriété et, par là même, sa résistance remarquable aux infections.

Nous étudierons donc d'abord les causes et les moyens

de combat des indigènes. Quelques observations, que nous relaterons ensuite, serviront de base à une discussion sur la bénignité relative des traumatismes chez les Arabes. Enfin, des remarques générales, d'ordre médico-légal, seront apportées comme conclusions.

CHAPITRE PREMIER

On a déjà vu, d'après les statistiques criminelles citées précédemment, que les coups, blessures et assassinats sont fréquents en Algérie, et que les Arabes fournissent aux tribunaux la presque totalité des prévenus.

Les causes qui poussent l'indigène au meurtre peuvent être déduites des mêmes statistiques ; les motifs d'agression sont, par ordre de fréquence, la jalousie, la vengeance, les querelles, le vol, les discussions de famille et enfin les dettes de jeu.

La jalousie, en dehors du mariage, fait commettre de nombreux crimes aux Arabes, spécialement dans les villes et surtout à l'époque qui suit directement le « Rhamadan », jeûne annuel de 40 jours, que le Koran prescrit aux Mahométans.

Le Rhamadan est, en effet, suivi d'une période de fêtes, et l'on conçoit que, ce jeûne terminé, les prostituées indigènes des villes soient la cause, et d'ailleurs aussi la rançon, de batailles sérieuses, car les maisons publiques ne peuvent donner satisfaction à leurs trop nombreux clients.

Au cours de nos gardes à l'hôpital de Mustapha, nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer, vers cette époque, une véritable foule de blessés qui descendaient, à la nuit tombée, des quartiers de la Kasbah.

Marié, l'Arabe est d'un naturel jaloux et soupçonneux.

Il achète ses femmes à leurs parents, devient leur seigneur et maître, et les traite en esclaves. La loi musulmane proclame, d'ailleurs, que les hommes sont supérieurs aux femmes, et que celles-ci doivent respect et soumission à leurs maris. S'il a quelque motif de mécontentement contre une de ses femmes, le musulman est autorisé par le Koran non seulement à lui faire des remontrances, mais encore à l'exclure du lit conjugal et même à la frapper. Cette souveraineté du mari vis-à-vis de l'épouse permet de concevoir quelle gravité revêt, aux yeux de l'indigène, l'adultère ou seulement la légèreté d'une femme ; et le mari trompé penserait déchoir de sa dignité d'homme s'il ne mettait à mort la femme et l'amant.

La jalousie peut encore naître du seul fait d'un mariage quelconque. La jeune fille musulmane est, en effet, vendue par sa famille, par son ouali (père, oncle, tuteur), au plus offrant ; ce qui excite des rivalités et, partant, des haines. Enfin, la polygamie amène quelquefois la jalousie entre femmes d'un même mari ; et il en peut résulter des meurtres, soit par luttes entre femmes, soit qu'une femme assassine son mari ou réciproquement.

La vengeance, les discussions de famille, les querelles, poussent également l'indigène au crime. La vengeance est une nécessité, car l'Arabe ne peut, sans passer pour un lâche, laisser une injure impunie. Au reste, la loi mahométane ignore le pardon : « œil pour œil, dent pour dent », telle est la formule qui résume, à cet égard, les recommandations du Koran. Cependant, Mahomet admet qu'on peut, à prix d'argent, indemniser la famille de la victime. C'est la loi du « diah » ou prix du sang. Cette loi explique pourquoi certaines instructions, après un crime, sont si difficiles ou même n'aboutissent pas à révéler le coupable. Si, en effet, la famille de la victime a reçu le « diah », elle

s'efforce de soustraire l'assassin à la justice, soit en gardant le silence, soit même en témoignant en faveur du prévenu.

Le vol conduit rarement l'Arabe au meurtre : plus rarement encore il est le mobile du crime. Le voleur, surpris en flagrant délit, a tué pour se débarrasser d'un témoin gênant, mais sans aucune préméditation. Quant aux dettes de jeu, elles sont exceptionnelles.

Voyons maintenant quels sont les instruments les plus communs des crimes. Par ordre de fréquence, on a d'abord les instruments contondants, puis les instruments piquants et tranchants ; enfin, les armes à feu.

Il peut sembler étonnant, au premier abord, que les armes à feu tiennent le dernier rang dans cette classification, car chacun sait que l'Arabe aime à faire parler la poudre. Il n'est pas, en effet, de cérémonie indigène, fête ou mariage, qui ne comprenne dans son programme une « fantasia ». Et c'est réellement un spectacle esthétique et impressionnant que celui de ces cavaliers accomplis, magnifiques de dignité et de noblesse, avec leurs selles et leurs bottes brodées d'or, dévorant l'espace, le burnous flottant au vent. Debout sur leurs larges étriers, sans même tenir les rênes, affolant de leurs clameurs leurs chevaux fins et nerveux, ils font feu à toute vitesse et jonglent avec leurs beaux fusils, incrustés d'ivoire et d'argent.

Mais, depuis la conquête, beaucoup d'armes à feu ont été confisquées, le débit de la poudre réglé, sa fabrication interdite. Pour les fêtes, on autorise l'achat de la poudre : encore les riches seuls peuvent-ils en user, et ce n'est pas dans la classe riche que se recrutent généralement les criminels.

L'Arabe pauvre, surtout celui des douars, qui tue par

jalousie ou vengeance, ne pourra donc user que d'armes plus simples. Il en est une qu'il emploie le plus fréquemment, c'est la matraque, analogue au « pen-baz » des Bretons. Elle consiste essentiellement en un bâton, ordinairement en bois d'olivier, renflé à l'une de ses extrémités. Parfois, la grosse extrémité de la matraque est garnie d'énormes têtes de clous ; elle devient ainsi une vraie massue et prend le nom de « cazouala ».

L'Arabe est d'une adresse remarquable dans le maniement de cette arme. Tous les Européens qui ont vécu quelque temps dans l'intérieur de l'Algérie ont eu l'occasion de voir des indigènes chassant à l'aide de leur simple matraque, avec la même sûreté qu'un chasseur expérimenté pourvu de son fusil.

On conçoit qu'une telle arme soit redoutable dans la main d'un homme exercé à la manier depuis son enfance ; et il s'ensuit que les coups de matraque amènent aux tribunaux plus de prévenus que les coups de fusil.

Vient ensuite le couteau ; les couteaux arabes ont un aspect spécial : ils sont à lame fixe, d'une longueur de 12 à 18 centimètres, quelquefois plus longs encore, parfaitement effilés. La largeur varie de 2 à 5 centimètres, le dos du couteau est toujours très épais. D'ordinaire, la lame est incluse dans un étui de cuir solide, enjolivé de broderies ou d'inscriptions arabes.

Les coups donnés peuvent se diviser en coups de pointe ou d'estoc, et coups de taille ou de tranchant.

Nous verrons plus loin que l'Arabe, lorsqu'il emploie le couteau, saigne sa victime à la façon du sacrificateur qui immole un mouton. Cette pratique, qui permet parfois de caractériser l'assassin au cours d'une instruction judiciaire, est la plus généralement employée, car elle est

expressément recommandée par le Koran pour la tuerie des animaux de boucherie.

Les blessures produites par armes à feu sont plus rares; nous avons, en effet, montré précédemment que l'indigène se procure difficilement des fusils, *et surtout de la poudre*. Le plus souvent, dans les crimes commis à l'aide d'armes à feu, l'assassin est placé non loin de la victime, car il ne possède qu'un vieux fusil assez mauvais.

Au cours d'un séjour de deux mois que nous avons fait dans le Sud-Oranais, nous avons eu l'occasion d'observer deux attentats effectués à l'aide d'armes à feu.

Dans le premier cas, nous avons été requis par l'autorité judiciaire pour procéder à l'autopsie de la victime, un nommé Djelloud Boumaza oul Mohammed ben Zerrouki : le coup de fusil avait été tiré à une distance maximum de dix mètres. Dans le second cas, il s'agissait d'un coup de feu tiré de tout près, par derrière, car la partie postérieure du burnous de la victime était brûlée sur un rayon d'environ 40 centimètres. A de si courtes distances, l'Arabe frappe aussi sûrement avec la matraque.

Ces premières observations sur les causes et les instruments du crime doivent être suivies d'une remarque assez intéressante : les coups, blessures et meurtres effectués par l'indigène sur l'Européen sont extrêmement rares. Non pas que l'Européen soit sacré pour l'Arabe, loin de là, il demeure et demeurera longtemps encore le vainqueur odieux, le « roumi » (chrétien) détesté. Mais il est protégé par les lois, par les soldats, et, comme le dit fort judicieusement la maxime évangélique, « la crainte du Seigneur est le commencement de la sagesse ».

Notons cependant que le médecin, le « Toubib », jouit, aux yeux de l'indigène, d'une considération toute spéciale. N'est-il pas une sorte de sorcier, possédant un pouvoir

presque miraculeux, quelque chose comme l'ombre de Dieu sur la terre ?

Aussi bien, le médecin peut-il, sans aucune crainte, se rendre à toute heure auprès d'un malade indigène, même dans le douar le plus reculé. Non seulement, il ne sera pas inquiété, mais on lui prodiguera les plus grands honneurs, pratiquant pour lui, avec une cordialité qui paraît sincère, les lois sacrées de l'hospitalité.

CHAPITRE II

Les observations qui suivent ont pour but de démontrer, non pas la fréquence des coups et des blessures chez les Arabes, — ce qui est un fait reconnu, — mais la résistance des indigènes aux traumatismes. Nous nous efforcerons ensuite d'expliquer cette résistance ou, plus simplement, d'en rechercher les causes, car nous n'avons pas la prétention de résoudre un tel problème.

Beaucoup de ces observations sont simplement résumées ; nous n'avons reproduit complètement que celles qui nous ont semblé présenter un intérêt particulier.

OBSERVATION PREMIÈRE

Due à l'obligeance de M. le docteur Ferrari, prosecteur d'anatomie
ancien interne des Hôpitaux d'Alger

Le nommé M... Ah..., 25 ans, entre à l'hôpital de Mustapha le 13 mai 1903. Trois jours auparavant, il recevait, à Tablat, son lieu de résidence, un coup de corne, provoquant une large plaie pénétrante de l'abdomen, de laquelle sortaient de l'épiploon et un gros paquet d'anses grêles. Sans asepsie aucune, ses coreligionnaires avaient réduit tout l'intestin hernié, et saupoudré la plaie béante d'une

poudre noire. Puis un pansement était appliqué, composé de morceaux de burnous d'une propreté douteuse.

Le malade fut ainsi laissé sans soins. Le surlendemain, son état général s'étant aggravé, on consulta un docteur qui ordonna son transfert à l'hôpital. Le voyage s'effectua sur un tombereau où l'on avait couché le malade, et c'est ainsi qu'il arriva à la salle Larrey.

L'état général du malade est très grave, le facies est grippé, les yeux excavés, les narines pulvérulentes. Le pouls, misérable, bat à 130 ; le thermomètre marque 35°5 de température. Enfin, des vomissements porracés complètent le tableau de la péritonite suraiguë dont il est atteint. Son pansement défait nous montre une large plaie pénétrante de l'abdomen, située sous l'ombilic, un peu à droite de la ligne ombilico-pubienne. La corne du taureau a taillé en cet endroit un véritable lambeau de paroi abdominale qui, soulevée, laisse voir, à travers une ouverture de la largeur de la main, l'épiploon et les anses grêles saupoudrées de cette poudre noire qui, avec l'exsudat péritonéal, formait un épais mastic.

Le malade est endormi. Après asepsie de la paroi, M. le docteur Sabadini pratique un grand lavage du péritoine avec de l'eau bouillie tiède. Les anses intestinales sont ensuite essuyées avec de la gaze légèrement imbibée d'eau oxygénée. Puis on fait un drainage et on suture la paroi.

Le pansement est fait tous les matins, durant les quelques jours qui suivirent l'opération, et l'état général du malade alla en s'améliorant progressivement. Il sort de l'hôpital, complètement guéri, le 10 juin 1903, après y être resté 22 jours.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le docteur Ferrari

Le nommé Ah... ben A..., 25 ans, entre à l'hôpital le 16 février 1904. Il a reçu un coup de couteau qui lui a fait une plaie pénétrante de l'abdomen, longue de 3 centimètres environ, et située sur le rebord des fausses côtes gauches. Hospitalisé dans la nuit, le malade n'est examiné que le lendemain matin. On ne constate rien d'anormal dans son état. Le lendemain, légère élévation de température, pouls rapide, vomissements alimentaires. Rien de particulier dans l'état local, si ce n'est l'absence de selles depuis l'avant-veille. On administre un purgatif. Mais le troisième jour, l'épigastre est douloureux et largement météorisé. La laparotomie médiane sus-ombilicale est pratiquée, et l'on trouve une péritonite localisée, avec fausses membranes et adhérences. Pas de perforation de l'estomac, ni de l'intestin. Lavage à l'eau oxygénée diluée. Drainage et suture de la paroi. Dans la nuit, le malade, qui est agité, *défait* son pansement. L'infirmier, affolé, *refait* le pansement sans se laver les mains, et avec les mêmes compressees étalées sur le lit. Un pansement propre n'est appliqué que le lendemain. Dans la suite, le malade guérit rapidement ; il sort de l'hôpital le 20 mars.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le docteur Ferrari

B... M..., 35 ans, entre à l'hôpital le 4 mai 1904, à 11 heures du soir. Quelques heures auparavant, il avait reçu

dans l'abdomen, sous l'ombilic, un coup de couteau ayant provoqué une plaie pénétrante, avec hernie de l'intestin grêle. Il se rend à pied au commissariat, tenant dans ses mains sa masse intestinale. Il y séjourne trois heures pour satisfaire aux formalités administratives. Un docteur, mandé par la police, essaie en vain de réduire la masse herniée et fait un pansement avec du coton hydrophile appliqué directement sur la plaie et les anses herniées.

C'est ainsi que nous recevons le blessé à l'hôpital. L'intestin hernié est nettoyé avec du sérum artificiel. Il est atteint de cinq perforations, dont une, véritable boutonnière de 3 centimètres de long, livre passage à un tœnia qui était l'hôte du blessé, et qui, maintenant, se remue au milieu de la masse herniée et des matières fécales.

M. le docteur Cochez, chirurgien de garde, suture les 5 perforations. La plaie abdominale est agrandie, la cavité péritonéale est remplie de sang et de matières sorties de l'intestin. Grand lavage de l'intestin et du péritoine. Drainage et sutures.

Les suites furent apyrétiques, sans aucun symptôme péritonéal. Le malade sort guéri un mois après.

OBSERVATION IV

Le 30 juin 1904, vers 11 heures du soir, Ah... A..., 30 ans, reçoit un coup de couteau dans la région hypogastrique. Il arrive à l'hôpital trois jours après, avec les intestins herniés dans son burnous. Le poulx est misérable, le facies péritonéal. De plus, le blessé n'a eu ni selles, ni gaz depuis son accident. La laparotomie est pratiquée par M. le docteur Aboulker. Plusieurs anses intestinales sont herniées

et étranglées par l'étroit orifice de la plaie. Nettoyées à l'eau chaude, débarrassées des lambeaux de vêtements et des poils qui les souillent, elles ne peuvent être réduites que grâce au débridement de la plaie. Pas d'hémorragie : la vessie a été épargnée. Drainage et suture de la paroi. Injections répétées de sérum artificiel et de caféine. Mais le poulx conserve sa petitesse et son irrégularité. Le malade délire et meurt.

A l'autopsie, tous les organes sont normaux ; les anses intestinales ont conservé leur aspect noirâtre, mais le péritoine est indemne. Pas de trace de péritonite, pas d'exsudat séreux, ni de fausses membranes. En somme, la mort est due, non pas à l'infection du péritoine par la plaie pénétrante, mais aux accidents d'occlusion intestinale, provoquées par l'étranglement des anses herniées.

OBSERVATION V

Recueillie dans le service de M. le docteur Sabadini

K... ben M..., de Dellys, 35 ans, reçoit un coup de couteau dans l'abdomen. La plaie, de 3 centimètres de longueur, verticale, est située à 6 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde. Le poulx est petit, dépressible, fréquent, le facies pâle. Le blessé est très calme et accepte avec résignation l'opération proposée. Laparotomie trois heures après. Le lobe gauche du foie est sectionné sur 4 centimètres de longueur. L'estomac porte une perforation de 2 centimètres environ sur sa face antérieure, au niveau de la petite courbure. Matières alimentaires dans le péritoine ; toilette de ce dernier. Suture du foie et de l'estomac. Suture de la paroi. Le blessé n'a pas présenté de

fièvre un seul instant ; aucun symptôme péritonéal. Huit jours après, la réunion par première intention est complète.

OBSERVATION . VI

(Résumée)

Due à M. le docteur Ferrari

B... A... reçoit un coup de couteau dans la région épigastrique le 22 août 1904. Hernie par la plaie d'un gros paquet épiploïque, recouvert d'un chiffon malpropre. Laparotomie sus-ombilicale, pratiquée cinq heures après par M. le docteur Cochez. L'estomac, perforé, a livré passage à une certaine quantité de « couscous », qui s'est répandue dans le péritoine. Lavage, suture de la plaie stomacale. Drainage et suture de la paroi. Le blessé est guéri huit jours après.

OBSERVATION VII

(Résumée)

Due à M. le docteur Ferrari

Le jeune H.... M..., 7 ans, est atteint d'un coup de fusil chargé seulement avec de la poudre. La bourre de la cartouche a produit une plaie pénétrante située dans la fosse iliaque gauche. Un pansement provisoire, composé de morceaux de sale burnous, a été appliqué sur la blessure. Quatre jours après l'accident, le blessé arrive à l'hôpital sur un mulet. Facies grippé, pouls petit et rapide, diarrhée, Pas de vomissements. La plaie, d'aspect noirâtre, présente en son centre un orifice de la dimension d'une pièce de

1 franc, à contours irréguliers, et communiquant avec l'intestin qui laisse échapper son contenu.

M. le docteur Aboulker ne jugea pas l'intervention utile, craignant de propager une infection limitée par les adhérences péritonéales qui s'étaient formées depuis 4 jours. Dans la suite, le petit malade fut soigné médicalement ; son état général alla en s'améliorant. Plus tard, une intervention chirurgicale a été pratiquée sur l'anus artificiel qui restait, et l'enfant a guéri très rapidement.

OBSERVATION VIII

(Résumée)

Due à M. le docteur Ferrari

Le nommé M. ben S..., 45 ans, reçoit, le 27 septembre 1904, un coup de couteau dans la région ombilicale. Plusieurs anses intestinales font hernie. Il n'entre à l'hôpital que le lendemain. L'abdomen est météorisé.

M. le docteur Aboulker pratique la laparotomie. Le blessé est en pleine péritonite généralisée. Grand lavage du péritoine. Drainage et suture de la paroi. Injection de sérum et de caféïne. Le malade meurt le 29 septembre, deux jours après son accident.

A l'autopsie, on constate de la péritonite généralisée. De plus, le foie est cirrhotique et hypertrophié.

OBSERVATION IX

(Résumée)

Prise par M. le docteur Antoni

M. ben S... entre dans le service de M. le professeur Vincent, atteint d'un coup de couteau dans l'hypochondre

gauche. L'interne de garde, croyant à une simple plaie de la paroi abdominale, suture. Le lendemain, les fils sont enlevés, et on résèque la partie de l'épiploon herniée et infectée : on réduit et on suture. Pendant 3 jours, fièvre entre 38° et 38°5, mais aucun symptôme péritonéal. Suppuration superficielle.

Au bout de 13 jours, M. ben S... sort guéri.

OBSERVATION X

Recueillie dans le service de M. le docteur Sabadini

Z..., 33 ans, fille soumise, reçoit, le 6 août 1902, à 4 heures du matin, un coup de couteau. Elle est conduite salle Bichat. La blessée est très faible, le pouls petit et fréquent. Plaie abdominale dans l'hypochondre gauche, parallèle aux fausses côtes, et mesurant 4 centimètres de long environ. L'épiploon fait hernie à l'extérieur. On débride sur 10 centimètres environ, et on peut constater que l'intestin grêle présente une section complète, avec semi-section d'une autre anse. Matières fécales dans la cavité péritonéale. Hémorragie assez abondante. Toilette péritonéale et suture de l'intestin. Les suites opératoires apyrétiques furent très simples.

OBSERVATION XI

Recueillie dans le service de M. le docteur Goinard

Un Arabe se présente à l'hôpital, venant de l'intérieur. Il porte, au creux épigastrique, une vaste plaie cavitaire produite, nous dit-il, il y a plusieurs jours. Cette plaie siège sur la ligne médiane, au-dessous de l'appendice xy-

phoïde. Sa cavité est sensiblement égale au volume du poing ; elle est infundibuliforme. Le fonds en est granuleux, coloré en jaune par de la bile, et contenant, en outre, du poil de chameau qui a servi à la confection des pansements faits jusqu'à ce jour. Evidemment, il y a eu plaie pénétrante du péritoine, intéressant le lobe gauche du foie. La plaie avait dû être immédiatement tamponnée au poil de chameau, mikulicz d'un nouveau genre. Il n'y avait qu'à achever un traitement si bien commencé, et, après quelques pansements, l'Arabe regagnait son pays.

OBSERVATION XII

Due à M. le docteur Boisson, médecin de colonisation

B... S... est blessé le 8 avril ; six jours après, je me rends près du malade. Plaie pénétrante de l'abdomen par instrument tranchant. Hernie de l'épiploon, avec nombreuses plaques sphacélées, et gangrène commençante de la partie herniée. Je fais la toilette de la région de l'épiploon. Un parent du blessé croit devoir m'aider en enlevant du sang coagulé avec les ongles d'abord, puis avec les doigts humectés de salive. La portion herniée est réduite. Le blessé guérit parfaitement bien.

OBSERVATION XIII

(Résumée)

Recueillie dans le service de M. le docteur Sabadini

Le 17 juin 1908, le nommé Zédoni M..., 20 ans, entre à l'hôpital d'urgence, blessé de plusieurs coups de couteau au cours d'une rixe. Les plaies sont au nombre de

trois : deux dans la région dorsale et une dans la région lombaire. Une seule des plaies dorsales paraît grave : elle est située sur la ligne paraaxillaire postérieure au niveau de la sixième côte. Cette plaie est suturée par l'interne de garde. La plaie lombaire est placée au niveau du pôle supérieur du rein gauche. Cette plaie donne issue à un suintement sanguin permanent ; on la tamponne vigoureusement à l'aide d'une compresse.

Le 18 juin, le blessé est dans un état de prostration inquiétant. La respiration est légèrement gênée et stertoreuse. On observe un peu de bronchite à râles fins et disséminés. Une hématurie notable se produit ; le pouls est faible : à 120. La température est de 37°6.

Après tamponnement nouveau de la plaie lombaire, ces symptômes paraissent s'amender jusqu'au 27 juin, date à laquelle on reconnaît la formation d'un hémothorax qui nécessite 3 ponctions successives, donnant issue à un litre et demi de sang noirâtre et spumeux.

Le 18 juillet, une hématurie abondante survient, suivie, pendant les jours consécutifs, d'hématuries permanentes.

Le 27 juillet, le blessé se décide à se laisser opérer.

L'intervention est pratiquée par MM. les docteurs Sabadini et Bernasconi. Le rein gauche, mis à nu, présente une coloration rouge, une légère hypertrophie, et il porte, au niveau de son pôle supérieur, du côté de la face postérieure, une plaie obliquement dirigée de haut en bas, correspondant à la blessure cutanée.

L'organe, ouvert suivant son bord convexe, montre une petite cavité anfractueuse, d'où l'on retire assez difficilement un gros caillot encapsulé dans une membrane résultant probablement d'une formation fibrineuse. On pénètre, à l'aide de la sonde cannelée, jusque dans le bassinnet qu'on vide de tout caillot. On excise au bistouri et au

ciseau toute la portion rénale intéressée par l'infractus, de crainte d'une nécrose ultérieure.

On suture enfin le rein, et on le fixe à la paroi. Suture des différents plans profonds et superficiels. Drainage.

Les jours suivants, l'hématurie diminue progressivement, et la plaie opératoire se ferme peu à peu.

Dans les premiers jours du mois d'août, le malade est complètement rétabli, et il sort de l'hôpital.

OBSERVATION XIV

(Personnelle)

Un des premiers jours de septembre 1908, se présente à l'infirmerie indigène de Frenda (Sud-Oranais), un Arabe atteint d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Cet indigène avait, deux jours auparavant, été frappé d'un coup de couteau dans un douar situé près du centre de colonisation de Médroussa, distant d'une vingtaine de kilomètres de Frenda. Donc, pendant deux jours, il avait gardé sa plaie ouverte, n'y appliquant que des médicaments arabes, et il avait parcouru, à dos d'âne, les 20 kilomètres qui le séparaient de l'infirmerie.

Quand on enlève le linge malpropre qui recouvre tout l'abdomen, on constate, dans le flanc gauche, à peu près à égale distance entre la 12^e côte et la crête iliaque, une plaie à bords nets, longue de quatre à cinq centimètres, produite évidemment par un coup de couteau. L'orifice de cette plaie donne issue à une masse d'aspect filamenteux, entourée de tissu adipeux. De loin, on pourrait croire qu'il s'agit d'une portion d'épiploon, si cette masse ne supportait à son extrémité une sorte de morceau de chair, d'une

couleur gris-blanchâtre, recouverte presque entièrement de poil de chameau. Les Arabes ont, en effet, coutume de panser les plaies abdominales, en appliquant sur la partie blessée un morceau de viande saignante qu'ils enlèvent à un mouton fraîchement sacrifié, et ils arrêtent l'hémorragie à l'aide de poils de chameau mélangés à une substance agglutinante. On pouvait donc se trouver en présence d'un pansement semblable ayant adhéré à l'épiploon.

Mais, d'une part, il est impossible de détacher ce morceau de viande gangrenée du reste des tissus qui émergent de la plaie ; et, d'autre part, les doigts qui palpent la blessure ont la sensation de battements artériels très nets, très vigoureux, synchrones aux pulsations cardiaques. Il s'agit donc d'un organe appendu à son pédicule.

En pratiquant le palper abdominal, au-dessus de la blessure, on constate que la rate, un peu hypertrophiée, comme chez beaucoup d'Arabes, par le paludisme chronique, occupe à peu près sa position normale dans l'abdomen. L'organe qui fait hernie par la plaie ne peut donc être que le rein gauche.

Le malade est très affaibli : au moment de l'examen, il a une courte syncope. Cependant, l'abdomen ne présente ni ballonnement, ni météorisme ; il n'est pas douloureux au palper, sauf sur le pourtour de la blessure ; en un mot, il n'offre aucun indice ni de péritonite, ni d'hématome ou de collection purulente. D'ailleurs, pas de vomissements ; la langue est humide et rosée ; les traits, bien qu'un peu tirés, ne rappellent pas le facies péritonéal ; et depuis la blessure, au dire du malade, l'appétit a toujours été conservé, les selles sont demeurées normales et régulières, les urines abondantes et limpides.

Le blessé est porté sur la table d'opération, et, après de nombreux lavages, on peut isoler à l'aide des doigts

et reconnaître nettement le pédicule du rein, qui fait issue par la plaie, supportant l'organe dont tout le bord externe est sphacélé. Il se produit à peine une légère hémorragie veineuse du pédicule quand on a décollé les poils de chameau.

Il ne faut pas songer à conserver et à rentrer dans l'abdomen ce rein gangréné ; on pratique donc séparément la ligature au catgut des gros vaisseaux et de l'uretère, puis la ligature en masse du pédicule, le plus près possible de l'orifice abdominal ; ensuite, on sectionne le pédicule à peu près au niveau de la plaie, et on rentre dans l'abdomen la partie toute interne de ce pédicule, à la suite de laquelle on bourre une petite compresse de gaze.

L'organe sectionné, examiné à la coupe, est nettement reconnu pour le rein.

Dans l'après-midi, le malade demande à se lever. Il prétend ne plus souffrir ; il veut manger et fumer.

La température ne s'élève pas au-dessus de 37°. L'abdomen n'est ni gonflé, ni douloureux.

Premier pansement le surlendemain. On retire la compresse de gaze, qui n'est aucunement souillée de pus. La plaie a bon aspect et commence à se cicatriser par ses bords ; elle ne dégage aucune odeur fétide. Le ventre est normal ; l'indigène demande à sortir.

Rien à signaler les jours suivants ; au bout du sixième jour, le blessé, s'estimant guéri et ne comprenant pas qu'on le garde davantage, quitte l'infirmerie par la fenêtre, au petit jour, et retourne à Médroussa.

OBSERVATION XV

Recueillie dans le service de M. le docteur Sabadini

L. Fathma ben A., 35 ans, entre le 9 juin 1908 à l'hôpital de Mustapha.

Dans la nuit précédente, cette malade fut jetée par sa fenêtre et tomba dans la rue d'une hauteur de trois étages. Elle fut immédiatement envoyée à l'hôpital.

A son entrée, elle ne présente pas un état général trop mauvais. Pas traces d'hémorragies par les oreilles, ni par le nez ; aucune ecchymose palpébrale ; la malade n'a jamais perdu connaissance ; en un mot, pas trace de fraction du crâne. Les membres sont intacts. La colonne vertébrale est douloureuse dans ses portions lombaire et sacrée, mais on ne relève aucun point particulièrement douloureux, aucune incurvation ou gibbosité qui puisse faire penser à une fracture.

Par contre, toute la partie gauche du bassin est douloureuse. La pression du doigt sur l'épine du pubis est insupportable pour la malade ; il en est de même au niveau de l'ischion.

Les épines iliaques antéro-supérieure et antéro-inférieure gauches sont à peine douloureuses ; le trochanter accuse une sensibilité un peu plus marquée. La fesse gauche est tuméfiée, très douloureuse au palper, et recouverte d'une large ecchymose qui s'étend sur toute l'étendue du muscle grand fessier et empiète sur le pli fessier et sur l'articulation sacro-iliaque gauche en dedans.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale s'effectuent librement. Cependant, on constate une légère limita-

tion dans la flexion forcée de la cuisse sur le bassin et dans l'adduction quand on dépasse 45°. Les mouvements deviennent alors douloureux, mais les douleurs accusées par la malade ne siègent pas au niveau de la tête fémorale, ni du trochanter, mais au niveau de la branche descendante du pubis et sur l'ischion.

Les moindres mouvements de déplacement du bassin sont très douloureux.

La radiographie montre une ligne de fracture à la partie tout inférieure de l'articulation sacro-iliaque gauche. Comme cette ligne suit exactement la direction de l'interligne articulaire, on peut supposer qu'il s'agit simplement d'une luxation.

Deux fractures paraissent nettement sur la radiographie : l'une, transversale, siège à la jonction du pubis et de l'ischion ; l'autre, dirigée de haut en bas, et un peu de dehors en dedans, est située à la partie la plus interne de la branche ilio-ischiatique.

L'appétit est conservé. La malade réclame de la nourriture. On note une rétention d'urine complète et une constipation opiniâtre.

Après huit jours de traitement (immobilisation), la rétention persiste. On sonde la malade deux fois par jour. La constipation a cédé au bout de huit jours de traitement.

La malade quitte alors l'hôpital, malgré l'avis du chef de service.

Quelques jours après, rencontrant en ville M. le docteur Sabadini, cette mauresque se déclare complètement rétablie. Elle marche sans peine et urine facilement comme avant son traumatisme.

OBSERVATION XVI

Recueillie dans le service de M. le docteur Sabadini

Kadoudja ben M., 25 ans, entre à l'hôpital le 28 avril 1908, atteinte d'un coup de couteau dans le 6^e espace intercostal gauche, avec hernie épiploïque. Etat général peu satisfaisant. Pouls incomptable. Pneumothorax considérable.

L'intervention est pratiquée d'urgence, dans la nuit. Suture de la plaie thoracique. Laparotomie latérale gauche. Suture d'une perforation du côlon transverse. Résection de l'épiploon. Suture de la paroi aux agrafes.

Le 1^{er} mai, on enlève les agrafes. Suppuration profonde de la plaie opératoire et suppuration superficielle de la plaie thoracique. Matité thoracique remontant jusqu'au bord inférieur de la 6^e côte. Drainage et pansement.

La suppuration diminue les jours suivants, et, le 6 mai, la malade sort de l'hôpital améliorée.

OBSERVATION XVII

Présentée à la Société de Neurologie par MM. les docteurs Vincent, professeur de clinique chirurgicale, et Dumolard, médecin des Hôpitaux d'Alger.
Recueillie par M. Lombard, interne de service.

Le 20 octobre 1908, le malade, journalier indigène, de constitution robuste, âgé de 40 ans environ, jusque-là en parfaite santé, reçoit, dans la région pariétale gauche, un coup violent asséné à l'aide d'une lourde pièce de bois. Il tombe privé de connaissance, et demeure dans cet état pendant 15 heures consécutives.

Revenu à lui, il constate que son membre supérieur droit est paralysé ; il veut parler, mais les mots lui font défaut ; il ne peut plus s'exprimer. Les jours suivants, ces symptômes persistent sans grande modification, et le malade entre à l'hôpital civil de Mustapha (salle Dupuytren), 34 jours après l'accident.

A ce moment (24 novembre), on constate à l'examen du crâne la présence, au niveau du pariétal gauche, d'une cicatrice de forme triangulaire ; il n'y a au-dessous d'elle ni infiltration, ni enfoncement, ni douleur à la pression.

Le membre supérieur droit est en grande partie paralysé. La paralysie est complète au niveau des muscles de la main (éminences thénar et hypothénar, muscles inter-osseux), et au niveau des muscles de l'avant-bras (fléchisseurs et extenseurs). Les muscles du bras sont moins fortement atteints, les mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras peuvent s'ébaucher. A la racine du membre, les mouvements s'effectuent avec plus d'amplitude, mais ils sont moins forts que du côté opposé ; l'élévation du bras est relativement difficile, de même que l'abduction et l'adduction ; il n'y a pas d'atrophie musculaire, pas de troubles de sensibilité. Les réflexes tendineux du membre supérieur sont manifestement exagérés. Les réactions électriques, normales.

On note, en outre, une différence très notable dans la température des deux segments du membre ; celle de la main et du tiers inférieur de l'avant-bras est manifestement inférieure à celle du bras. Les dernières phalanges des doigts sont le siège de troubles trophiques assez accentués ; la peau y est épaissie, les ongles déformés, augmentés d'épaisseur, et fendillés.

Le membre inférieur droit est indemne, tant au point de vue sensitif que trophique. Les réflexes cutanés et ten-

dineux sont normaux, pas de signe de Babiński, pas de trépidation épileptoïde. Rien à la face, pas de paralysie des muscles de la langue, ni du pharynx, ni du larynx ; pas de troubles respiratoires ni circulatoires.

Le malade présente des troubles accentués de la parole. Cet homme, avant son accident, parlait le français à peu près correctement, l'arabe et le kabyle couramment. Il n'a pas été possible de préciser dans quel ordre ces langues ont été apprises. Vraisemblablement, l'arabe et le kabyle ont été appris simultanément, dès l'enfance, le français peu après. Il a été impossible aussi de préciser de quelle langue le malade avait le plus souvent à se servir.

À l'heure actuelle, le malade, qui ne sait ni lire ni écrire, comprend parfaitement ce qu'on lui demande dans l'une ou l'autre de ces langues, et il exécute sans hésitation des ordres assez difficiles à exécuter. Il n'y a donc point de surdité verbale, le fait n'est pas douteux. Voici un exemple des ordres assez compliqués et très correctement exécutés : « Lève-toi, va prendre sur la table qui est au fond de la pièce, un verre, et reviens t'asseoir sur la chaise qui est près du lit. » Cet ordre est de suite et très correctement exécuté. En outre, il ne se trompe jamais dans le choix des objets qu'on lui présente.

L'aphasie motrice est complète en ce qui concerne la langue kabyle. Le malade ne peut trouver un seul mot de cette langue ; lorsqu'on lui pose une question en kabyle, il répond tant bien que mal quelques mots français ou arabes, il se rend très bien compte de l'impuissance où il est de prononcer un seul mot kabyle, et s'en irrite. Cependant, il répète facilement les mots kabyles qu'on prononce devant lui.

En ce qui concerne l'arabe et le français, les troubles

moteurs sont encore très accentués : un grand nombre de mots font défaut, mais certains mots simples du langage courant sont en partie conservés. Voici un exemple des réponses du malade : Comment t'appelles-tu ? — Mohammed Mérouiane. (La réponse est exacte.) — Quel âge as-tu ? — Quarante ans. — Où habites-tu ? (Longue hésitation après laquelle le malade finit par dire : paza, Tipaza). — Quelle est ta profession ? (Hésitation et monosyllabes : ah ! ah !, le malade s'irrite.) — Que t'est-il arrivé ? — Ah ! ah ! comprends pas, peux pas. — Quand est arrivé ton accident ? — Ah ! un ois it jours (un mois huit jours). — Comment est-il arrivé ? — Ah, ah, ah, est arrivé, ah ah, derrière moi, ah, ah, ah, tapé. — Qui t'a frappé ? — Ah, ah, c'est... (mot incompréhensible). — Pourquoi t'a-t-il frappé ? — Pourquoi, pourquoi, ah, ah, isputait avec moi. — Pourquoi vous disputiez-vous ? — Ah, ah, pourquoi, pourquoi (le malade s'arrête). Même question. — ah, ah, pourquoi, ah, ah, je ne peux pas dire moi...

Il a été impossible de faire chanter le malade. Il n'y a pas paraphasie, ni jargonaphasie ; pas de troubles intellectuels ni de troubles de la mémoire, pas d'hémianopsie, ni de troubles oculaires, pas de convulsions.

Pendant tout le séjour du malade à l'hôpital avant l'intervention, les troubles paralytiques et les troubles moteurs sont restés stationnaires. Le malade est un éthylique avéré, mais les différents viscères sont sains ; ni sucre, ni albumine dans les urines, pas d'antécédents pathologiques.

Bien que l'examen du crâne au niveau de la région traumatisée ne révèle aucun enfoncement de la paroi, il n'est pas douteux qu'il existe une lésion comprimant une portion limitée de la zone motrice ; il est possible que l'agent de cette compression soit une esquille détachée

de la table interne de l'os ; aussi se décide-t-on à trépaner le crâne.

Opération le 28 novembre. Anesthésie au chloroforme. Le sillon rolandique est repéré par le procédé de Poirier : pour éviter de s'égarer, après avoir rabattu le lambeau formé par les parties molles du crâne, deux clous sont enfoncés dans la paroi osseuse aux extrémités du sillon. Une incision curviligne allant jusqu'à l'os, circonscrit un lambeau qui occupe la plus grande partie de la région pariéto-temporale. Commencée à 1 centimètre et demi au-dessus de l'arcade zygomatique, dans son tiers antérieur, l'incision se termine à trois centimètres en arrière du sillon rétro-auriculaire, à la même hauteur, sur le point le plus élevé passant en dehors de la suture sagittale. Le périoste se décolle facilement ; mise à nu d'un large foyer de fracture occupant une grande étendue de la surface temporo-pariétale et de la partie avoisinante de la région frontale.

Trois traits de fracture à peu près parallèles descendent obliquement de la partie supérieure de l'os. Le trait antérieur est séparé du postérieur par une distance d'environ 8 cm. 1/2 ; il se trouve un peu au devant de la suture fronto-pariétale, et il descend jusque derrière l'hypophyse orbitaire externe. Ces traits verticaux sont réunis par des traits de fracture de direction différente et circonscrivent neuf fragments osseux de dimensions variables. Ces fragments sont restés engrenés et ce n'est que dans un point situé à la partie inférieure de la fracture que l'on constate l'enfoncement d'un fragment osseux, de la dimension d'une pièce de dix centimes environ ; ce fragment, enclavé au-dessous des autres, est situé à 2 centimètres et demi environ en bas et en avant de la partie inférieure du sillon rolandique, mesure qu'il est facile

de prendre grâce au clou fixé dans l'os au début de l'opération.

Une fraise de Doyen est appliquée au voisinage du point rolandique supérieur, immédiatement au-dessus du trait de fracture le plus élevé ; l'orifice est agrandi à la pince coupante de façon à permettre la mobilisation et l'extraction du fragment osseux supérieur ; dès que celui-ci est enlevé, il devient facile de désengrener et de dégager les autres fragments ; c'est ainsi que neuf fragments osseux sont successivement enlevés ; à mesure que le champ se dégage, on reconnaît plus facilement le mouvement de bascule des fragments, dont la partie saillante, en dedans, comprime la substance nerveuse sous-jacente dans le point déjà indiqué, au-dessous et en avant de la terminaison inférieure du sillon de Rolando.

L'ablation de cette surface osseuse si étendue permet de bien voir la dure-mère. Celle-ci est régulièrement soulevée par les battements du cerveau ; elle apparaît avec une coloration blanchâtre dans la région rolandique inférieure ; à ce niveau, elle est manifestement épaissie. L'incision de cette membrane permet de voir la surface corticale du cerveau qui présente une coloration bleuâtre, et qui est le siège d'un œdème très marqué, occupant toute l'étendue mise à découvert. Le liquide céphalo-rachidien qui s'écoule après l'incision de la dure-mère a une coloration normale. En raison de la sclérose de la dure-mère et de l'œdème cérébral sous-jacent, cette membrane est réséquée sur une surface de 3 à 4 centimètres. Après une hémostase complète, le lambeau cutané est suturé, et deux drains sont placés au point décline ; l'extrémité des drains vient effleurer la substance corticale.

30 novembre. — On constate dès aujourd'hui une amélioration dans l'état du malade, qui parle plus facile-

ment. De légers mouvements sont possibles au niveau des doigts ; pas de fièvre.

Les jours suivants, les suites opératoires sont parfaites ; l'amélioration progressive tant du côté des mouvements que du côté du langage se poursuit. Cette amélioration se produit d'abord rapidement et à peu près simultanément pour les langues française et arabe. Pour le kabyle, l'amélioration est plus tardive, et ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que le malade commence à retrouver quelques mots.

Le malade demande à sortir le 17 décembre 1908, ayant recouvré tous les mouvements de son membre supérieur droit. A cette date, le malade pouvait tenir facilement une conversation courante et se faisait très bien comprendre en arabe et en français. Evidemment, il y avait encore des hésitations, du bredouillement, mais la presque totalité des termes du langage courant et habituels à un homme de sa condition — journalier indigène — était revenue.

OBSERVATION XVIII

Due à M. le docteur Auzimaur (*in* Thèse Montpellier, 1905)

Fathma ben..., 25 ans, a reçu dans la nuit, au cours d'une rixe, un coup de couteau au-dessous de l'omoplate gauche. Transportée immédiatement à l'hôpital d'Aïn-Temouchent, elle présente une plaie d'une longueur de 8 centimètres à la partie interne de l'omoplate gauche. La plaie doit être profonde, car elle a été faite avec un fort couteau à lame fixe. La malade crache du sang en abondance ; elle a des tendances à la syncope ; son pouls est petit et rapide. Injection de caféine, lavage de la plaie

et suture. Le soir, température 39°. Emphysème sous-cutané. Respiration difficile. Les crachements de sang ont à peu près cessé ; le pouls est meilleur. Le lendemain matin la température, est descendue à 37°1. Malgré notre défense, la malade refuse de rester immobile dans son lit. Le surlendemain, il est absolument impossible de la tenir au lit ; et le cinquième jour, se trouvant très bien et n'ayant par assez de liberté à l'hôpital, elle demande son « exeat » avant même qu'on lui ait ôté les points de suture. Depuis ce jour, elle a vaqué à ses travaux ordinaires. Nous l'avons revue quelques jours après, un énorme baril d'eau sur les épaules, et ne souffrant pas du tout de son poumon.

Dix mois après, au cours d'un remplacement, nous avons eu l'occasion de la rencontrer en parfait état de santé.

OBSERVATION XIX

De M. le docteur Fournier, médecin de colonisation à Chateaudun-du-Rhumel (Constantine). (*In* Thèse Auzimaur)

A mon arrivée à Saint-Arnaud, au mois de février 1890, j'eus ce qu'on appelle une aventure qui peut servir à prouver la force de résistance des Arabes dans les infections, de quelque nature qu'elles soient. Voici :

Le 27 février de cette année 1890, un superbe négro, cantonnier au 80^e kilomètre, qui se trouve placé entre Saint-Arnaud et Constantine, vint me chercher pour visiter sa mère qui se mourait, me dit-il. — Comme je l'ai déjà dit plus haut, je venais d'arriver, j'avais laissé tout mon matériel à La Calle, je n'avais pas même eu la précaution d'emporter une simple trousse. Je dis à l'indi-

gène : « Je n'ai rien pour soigner ta mère, va prier le docteur Roger de venir avec toi. » Il ne voulut pas, me dit qu'il avait chez lui tout ce qu'il fallait pour soigner sa mère, et je partis, car l'indigène commençait à se fâcher.

A mon arrivée, je trouvai la vieille femme (60 ans environ), qui littéralement se mourait. Le matin, au point du jour, on me raconta qu'un pistolet s'était détaché du mur, était parti, et avait broyé la cuisse de la pauvre femme, que je trouvai par terre, inondée du sang qu'elle continuait à perdre. Une boue gluante, noire, formé d'un amalgame de détritüs de toutes sortes recouvrait la blessure horrible ; on avait eu de plus le soin de faire une forte ligature au haut de la cuisse : j'avoue que j'étais fortement embarrassé, je ne savais que faire, la femme se mourait, il fallait achever la section de la cuisse, essayer de régulariser le fémur, faire un pansement quelconque, et je n'avais rien sous la main.

Le cantonnier parlait français, mon interprète aussi ; avec leur aide, je pus trouver un couteau bien tranchant (ils le sont tous les couteaux arabes). Je trouvai aussi une vieille scie de cantonnier et des vieux linges, gandourah, etc., presque propres et de l'eau en abondance. Avec cet outillage, la mort dans l'âme, je fis, comment dirais-je ?... une amputation de la cuisse. Je m'e trompe, je mens, je ne sais pas ce que je fis ; je taillai dans les chairs avec mon couteau : heureusement, le sang ne coulait qu'en petites nappes, je bénissais alors la sainte ligature, faite par une main vigoureuse.

Ma scie mordit ensuite dans la fracture comminutive du fémur. Avec des fils de laine qu'on me donna, je liai tout ce que je crus être des vaisseaux, je brûlai les chairs avec un fer rouge. Je trouvai le moyen d'avoir un lam-

beau, je trouai la peau avec la pointe de mon couteau et fis couci-couci des ligatures de la façon que vous pouvez vous imaginer. Plaiguez-moi, ne m'admirez pas !

Pendant ce temps, la pauvre femme hurlait à fendre l'âme ; son fils et ses camarades la soutenaient. Je terminai l'opération, en enveloppant le moignon difforme avec le linge dont j'ai parlé plus haut et tout fut ensuite assujetti avec une corde de poil de chameau.

Je revins le lendemain ; à ma grande surprise, l'amputée n'était pas morte et m'embrassa les mains ; j'eus l'aplomb d'accepter ce témoignage de reconnaissance. Je fis alors un pansement plus humain, l'antisepsie joua son rôle. Comme il ne m'était plus possible de revenir tous les jours (la maison du cantonnier se trouve à 27 kilomètres de Saint-Arnaud), je laissai au fils tout ce qu'il fallait pour soigner sa mère.

Eh bien, cette pauvre victime du pistolet tombé du mur, cette pauvre victime du médecin colonial qui écrit ces quelques lignes, vit encore, trotte lestement avec sa jambe de bois, et je suis assez présomptueux, lorsque je la rencontre, de dire qu'elle me doit la vie.

• OBSERVATION XX

Due à l'amabilité de M. le docteur Jourdan

Me trouvant pendant les grandes vacances à la clinique chirurgicale du docteur Babillé, à Douéra, près d'Alger, un gendarme vint, une après-midi, pour chercher le docteur, car deux Arabes venaient de se battre et s'étaient grièvement blessés tous les deux. Le docteur étant absent, je me rendis, en compagnie de l'infirmier, à la prison, em-

portant avec moi une trousses, quelques pinces hémostatiques et des compresses antiseptiques, afin de faire un pansement provisoire. Lorsque j'entrai, je trouvai l'un des blessés en train de laver sa figure dans un grand seau d'eau froide. En l'examinant, je vis qu'il présentait une plaie contuse, de plusieurs centimètres de longueur, mettant à nu le crâne et allant de la région pariétale gauche à la bosse frontale gauche, à deux travers de doigt au-dessus de l'extrémité supérieure du pavillon externe de l'oreille ; l'arcade sourcillière gauche fendue ; la portion cartilagineuse du nez aplatie ; la lèvre supérieure fendue au milieu. Ces blessures avaient été faites avec l'arme favorite des indigènes, la matraque.

Il perdait assez de sang ; aussi, j'appliquai, pour le moment, des compresses, que je maintenais à l'aide de bandes, et je priai l'un des gendarmes de l'amener dans la salle d'opérations de la clinique afin de suturer ces blessures. Quant à l'autre Arabe, le plus intéressant, il se tenait accroupi dans un coin, et lorsque je lui demandai à quel endroit il souffrait, il me répondit qu'il avait le ventre percé d'un coup de couteau, mais que, néanmoins, il pouvait marcher. Il me suivit alors, marchant doucement, courbé en deux, son visage ne manifestant pas une trop grande douleur. Arrivé dans la salle d'opération, je lui dis d'enlever doucement son pantalon et sa ceinture.

Je remarquai d'abord que ceux-ci avaient été nettement coupés par le couteau, puis, quand ces vêtements furent enlevés, je vis apparaître aux lèvres de la plaie, une portion d'anse intestinale. L'ouverture très régulière avait été faite avec un couteau rasoir, et mesurait environ 3 centimètres de longueur, formait une boutonnière et était située dans l'hypochondre gauche, sur la ligne qui join-

drait les épines iliaques antéro-supérieures, à deux travers de doigt de la ligne blanche et parallèle à celle-ci.

Le pantalon, d'ailleurs excessivement sale, avait donc été en contact, pendant plus d'une heure, avec la plaie béante et l'intestin. Devant ce cas, je conseillai son transport immédiat à l'hôpital, mais il ne voulut rien entendre et me supplia simplement de lui « coudre son ventre ».

Après avoir nettoyé le pourtour de la plaie, je lui fis quatre points de suture. Il n'avait presque pas saigné, je me contentai de saupoudrer, la plaie une fois fermée, de poudre d'iodoforme ; je lui appliquai un bandage de corps. Je prévis les gendarmes que si quelque chose d'anormal se produisait, ils vinssent chercher le docteur. Or, il n'en fut rien, et huit jours après (car il n'avait passé qu'une nuit à la geôle), il revint à la clinique me montrer la plaie ; j'enlevai les crins, la plaie était parfaitement réunie. Il n'avait, entre temps, ressenti aucun malaise pouvant indiquer qu'il ait pu avoir de la fièvre.

Quant à l'autre, malgré son état de saleté repoussante, les sutures guérirent avec presque autant de rapidité, bien que son pansement fût constamment souillé, car il couchait par terre dans un petit bois d'eucalyptus, dans la poussière et la vermine.

CHAPITRE III

Il nous serait facile de rapporter encore beaucoup d'autres cas du même genre : la simple copie des observations prises depuis quelques années dans les services de chirurgie de l'hôpital de Mustapha serait fort intéressante à ce sujet, mais trop longue pour le cadre de ce travail. Les observations rapportées précédemment ne constituent donc pas des exceptions, mais bien la règle générale, et elles nous paraissent suffisantes pour démontrer ce que nous avançons au début de cette thèse ; c'est-à-dire, d'une part la fréquence des coups et blessures chez les Arabes ; et, d'autre part, la grande résistance des indigènes aux traumatismes.

On a déjà remarqué, d'après les cas relatés plus haut, que le traumatisme ne détermine ordinairement, chez l'Arabe, ni infection, ni shock. Pour tenter une explication de ce fait intéressant, nous invoquerons des raisons générales, tirées de la race, du régime alimentaire de l'indigène, et de l'état de son système nerveux.

Dans la race arabe s'exerce, dès l'enfance, une sélection naturelle. L'hygiène des nourrissons est une science absolument inconnue des indigènes, car les accouchements sont effectués, dans la très grande majorité des cas, par des matrones ignares qui donnent également les premiers soins aux nouveau-nés. Dès sa naissance, l'en-

fant est donc mal soigné, peu et mal habillé, nourri ou trop abondamment ou trop peu, avec des aliments de mauvaise qualité, en butte aux intempéries des saisons, surtout dans les douars où une tente constitue l'unique refuge de toute une famille. On conçoit que les moins vigoureux succombent rapidement, soit par misère physiologique ou manque de soins, soit par suite de paludisme, tuberculose ou syphilis héréditaire.

La première enfance du jeune Arabe n'est pas plus favorisée en fait d'hygiène. On lui abandonne d'ordinaire le soin de sa nourriture : dans les villes, il mendie ; autour des douars, il pille les fruits et vole les légumes des colons. Quelques figues et une poignée de dattes constituent souvent la ration alimentaire pour une journée. Nous en avons observé, à Alger, qui fouillaient dans les poubelles, trouvant leur nourriture au sein des ordures. Et si, d'aventure, survient un gain inattendu, une invitation à une fête, on fait alors large débauche de viande de mouton ; on mange, non seulement jusqu'à satiété, mais encore de façon à entasser des réserves nutritives jusqu'à la prochaine ripaille.

La boisson est presque uniquement constituée par l'eau. Dans les villes, cette eau, issue des bornes-fontaines, est ordinairement potable. Dans l'intérieur, l'eau est puisée à la source la plus proche, si toutefois le douar est établi dans les environs d'une source ; sans quoi, l'on emploie l'eau croupissante d'un oued ou d'une mare. Cette eau a peut-être, quelques heures auparavant, été souillée par les troupeaux, ou encore quelque croyant est-il descendu vers la fontaine pour y pratiquer les ablutions rituelles.

Quant au vêtement, il est réduit à sa plus simple expression. La coiffure, été comme hiver, est la chéchia. Le cos-

tume se compose simplement d'une robe taillée dans quelque vieux burnous hors d'usage, qui servait à la famille depuis plusieurs générations. Très rarement, cette robe est lavée : les ablutions prescrites par Mahomet sont à la vérité mises en pratique, mais elles se bornent le plus souvent à l'immersion du visage, des mains et des pieds. Encore l'eau fait-elle parfois défaut : dans ce cas, le croyant se frictionne avec certaines pierres arrondies, de la même façon que l'Européen emploie le savon. Aussi, dans les douars, la phthyriase est-elle générale : pour y remédier, l'Arabe se met à nu et agite ses vêtements, chassant ainsi mécaniquement la plus grande partie des parasites.

On conçoit, dès lors, que la mortalité soit très élevée dans l'enfance et dans l'adolescence. Encore est-il impossible d'apporter ici des statistiques précises, car beaucoup d'enfants de la Kabylie et des régions du sud de l'Algérie ne sont pas même déclarés à l'autorité civile, et poussent en plein air, à la façon des plantes.

Placé dans de semblables conditions hygiéniques, l'Arabe a besoin d'une grande résistance organique pour parvenir à la maturité ; et il est facile de s'imaginer que ceux qui auront résisté à tant de causes pathogènes seront trempés pour la lutte contre les infections de toutes sortes. Donc, les plus vigoureux résistent seuls, grâce à cette sélection naturelle. Nous verrons par la suite que l'hygiène de l'adulte est, d'une façon générale, meilleure que celle de l'enfant, ou, du moins, que les facteurs débilissants sont en moins grand nombre.

L'habitat, dans les classes pauvres, est des plus simples, et d'ailleurs commun aux hommes et au bétail. L'Arabe du Sud loge sous la tente ; encore cette demeure modeste n'a-t-elle aucun emplacement fixe, car les douars

changent de place assez fréquemment, dès que leurs troupeaux ont épuisé les pâturages avoisinants. Le Kabyle habite une maison constituée par quatre murs de pierre, sans mortier, et un toit de chaume ou de branchages. Ce logement n'est pas beaucoup plus spacieux qu'une tente, et il n'est aéré, d'ordinaire, que par un seul orifice qui sert à la fois de porte et de fenêtre. Notons enfin les « ksours », sortes de villages formés par l'agglomération de petites maisons en terre cuite, très resserrées. Chaque habitant abandonne ses ordures devant sa porte, et il n'est pas rare de voir couler, dans ces rues étroites et tortueuses, un ruisseau de liquide noirâtre et nauséabond, grossi de toutes ces déjections.

Ces différents habitats sont détestables à tous points de vue : aussi l'indigène n'y demeure-t-il que le moins de temps possible. Les journées, et aussi les nuits d'été s'écoulent au dehors, en de longues rêveries, à peine distraites par la surveillance des troupeaux. En somme, et c'est le point que nous voulons retenir, l'Arabe pauvre use très peu de son logement, pratiquant ainsi, dans la plus large mesure, la cure du grand air recommandée par beaucoup d'hygiénistes.

Nous avons décrit le vêtement de l'enfant. Celui de l'adulte n'est pas beaucoup plus complexe. Ajoutons-y un pantalon de forme spéciale « sarrouel », une sorte de chemise « abaya », une « gandourah » et un burnous. Pour coiffure, la chéchia recouverte d'un voile blanc retombant sur les épaules en encadrant la face, et serré contre la tête par des cordons de poils de chameau (l'ensemble s'appelle « camboudje »). Au point de vue propreté, on peut faire, pour l'adulte, les mêmes remarques que pour l'enfant.

La nourriture est presque uniquement végétale, et

c'est un fait sur lequel il convient d'insister. L'Arabe pauvre mange surtout des fruits et des légumes, et la viande n'apparaît, sur sa table, que dans les grandes circonstances. Le « couscous », plat national, contient bien à la vérité un peu de viande de mouton, mais il est surtout composé de semoule et de légumes divers, le tout pigmenté au poivre rouge. Il s'ensuit que, d'une façon générale, le contenu intestinal de l'Arabe, végétarien, renferme moins de toxines que celui de l'Européen carnivore. Aussi bien, à la suite d'une perforation intestinale, le chyme du premier aura-t-il moins de chances d'infecter le péritoine. De plus, l'organisme qui n'est pas, chez le végétarien, astreint à un travail presque incessant pour neutraliser les toxines développées par la fermentation des aliments carnés, est probablement plus apte à opposer toutes ses forces, toute sa résistance, aux infections.

La boisson est exclusivement composée d'eau et de petit lait, car le prophète interdit l'usage du vin, des alcools et en général des boissons fermentées. Evidemment, l'eau employée est loin de présenter toutes les garanties hygiéniques. Les vers intestinaux, fréquents chez les Arabes, la fièvre typhoïde, les kystes hydatiques reconnaissent sans doute pour cause, dans un grand nombre de cas, l'usage d'eau impure. Cependant, ces inconvénients mis à part, l'emploi de l'eau comme unique boisson a le grand avantage de préserver l'indigène de l'alcoolisme. Cette absence d'alcoolisme est certainement un puissant facteur de résistance aux infections. Il est, en effet, remarquable que l'Arabe des grandes villes, qui prétend se civiliser et s'alcoolise, ne présente pas la même immunité que ses sobres coreligionnaires de l'intérieur. Le sujet de notre observation VIII, qui a succombé à sa péritonite, était un Arabe alcoolique habitant Alger, et l'on a trouvé,

à son autopsie, une cirrhose caractéristique. Mais c'est là une exception : en règle générale, l'alcoolisme n'existe pas chez le croyant.

Voyons maintenant, d'une façon très large, l'état du système nerveux chez l'Arabe. Nous avons dit que le croyant n'était pas alcoolique ; ce n'est pas non plus un intellectuel, ni un nerveux héréditaire. La simplicité toute patriarcale de son existence le met à l'abri des besoins compliqués et presque même des soucis matériels. Il vit au jour le jour, sans songer au lendemain, bien au-dessus des soins vulgaires qu'il dédaigne. Sa formule favorite « mektoub » (c'était écrit) résume parfaitement son état d'âme. Aussi bien, le système nerveux de l'indigène, moins surmené que le nôtre, a-t-il des réactions moins accentuées. Sa cellule nerveuse n'est point continuellement ébranlée et peu à peu désorganisée par les névroses à formes diverses qui créent peu à peu, dans notre race, une classe de dégénérés et de déséquilibrés. Rien d'étonnant que son système nerveux ne soit pas si fortement atteint par les traumatismes. De fait, l'Arabe ne subit que très rarement ce « shock » qui amène parfois, chez le civilisé, la mort à la suite d'un traumatisme.

Cet essai de pathogénie est sans doute sujet à de nombreuses critiques. Les raisons apportées précédemment pour expliquer la résistance de l'Arabe aux infections, ne sont, en effet, que des hypothèses. En ce qui concerne spécialement la péritonite, il y aurait lieu de faire des études histologiques de péritonites saines, chez l'Arabe et chez l'Européen, d'examiner ensuite, toujours par comparaison, des péritonites infectées à la suite de plaies pénétrantes, et enfin d'analyser comparativement, au point de vue toxicologique, le contenu intestinal dans les deux races. Cette statistique comparée, dont notre ami, le doc-

teur Ferrari, a commencé l'étude, apportera certainement de grandes lumières sur la question.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons tirer dès maintenant, de ce qui précède les conclusions générales suivantes :

1° L'indigène résiste mieux que l'Européen aux traumatismes, qui ne sont que rarement, chez lui, suivis d'infection. Cette absence d'infection semble devoir être attribuée à la sélection naturelle, au régime végétarien, à l'absence d'alcoolisme et enfin à l'absence de surmenage cérébral.

2° Dans les cas où l'infection succède au traumatisme, cette infection revêt, toutes choses égales d'ailleurs, une forme moins sévère chez l'Arabe que chez l'Européen.

3° Le traumatisme, même suivi d'infection, comporte donc un pronostic moins grave chez l'Arabe que chez l'Européen.

CHAPITRE IV

Dans les précédents chapitres, nous avons examiné la fréquence des coups et blessures chez les indigènes, les causes qui poussent l'Arabe au meurtre, les instruments le plus généralement employés et la bénignité relative des traumatismes.

Voyons maintenant quelles conclusions pratiques, pour le médecin légiste, pourront découler des remarques précédentes, dans les crimes et dans les instructions pour coups et blessures.

Les signes particuliers à l'Arabe, et qui pourront permettre de l'identifier comme victime ou agresseur, sont le type de la race, les cicatrices, les tatouages, et enfin quelques indices professionnels. En outre, dans un certain nombre de cas, l'instrument employé et la forme de la blessure donneront bien lieu de supposer, avec de grandes chances de certitude, que le meurtrier était indigène.

Le type de la race est assez caractéristique. D'abord, la couleur des téguments est plus bronzée que chez l'Européen, surtout si l'on se rapproche des régions du Sud. Le crâne, vu d'en haut, décrit un ovale à peu près régulier. Les cheveux sont lisses et d'un noir de jais ; les ouvertures palpébrales, bordées d'épais cils noirs, s'allongent un peu en amande, ce qui donne à toute la physionomie une expression de noblesse et de gravité. Le nez

est d'ordinaire aquilin ; sa pointe se détache des ailes et descend en dessous, se recourbant comme un bec d'aigle. les pommettes ne font pas saillie, la bouche est petite, les oreilles bien faites, peu développées et rapprochées des tempes. Sec et nerveux, l'Arabe porte un cou élançé et des attaches fines.

Cette description, très générale, pourra ne pas sembler typique au premier abord ; ce n'est pas d'ailleurs chose facile que dépeindre fidèlement une race. Mais le type existe bien réellement, car, sans être physionomiste, on peut, après un séjour de quelques années en Algérie, reconnaître un Arabe, même dépouillé de ses vêtements.

Au reste, certaines parties du corps sont plus spécialement caractéristiques et doivent être examinées avec un soin particulier : ce sont les dents, les poils et les ongles.

Les dents sont belles, d'une blancheur éclatante, bien plantées. Rarement, on y remarque une usure de l'émail, plus rarement encore, sont-elles atteintes de carie. Peut-être cette bonne conservation des dents doit-elle être attribuée au régime végétarien ou à la privation de boissons alcooliques, causes peu favorables à la formation du tartre. L'Arabe est pourtant grand fumeur, mais son tabac contient généralement moins de nicotine que le tabac français. Faisons cependant une exception pour les fumeurs de kif, dont les dents s'altèrent rapidement.

Les cheveux et poils offrent une particularité intéressante. L'Arabe se rase la tête, ne laissant pousser librement, vers la protubérance occipitale, qu'une épaisse touffe de cheveux, dont la longueur est assez considérable. Cette longue mèche a son importance pour le croyant, car c'est par elle que Mahomet le saisira, pour l'emporter, après sa mort, dans le Paradis.

Les poils sont rares, sauf au niveau des aisselles, car

les Arabes, dans un but esthétique, font disparaître, à l'aide d'un épilatoire composé d'orpiment et de chaux vive, les poils du pubis et ceux de la poitrine.

Les ongles des pieds et des mains ont une couleur jaune-rougeâtre. La coutume de se teindre les ongles à l'aide de henné est en effet pratiquée, dans tous les pays musulmans, à l'époque du Rhamadan. D'après le professeur Lacassagne, cette couleur est indélébile. Les altérations des ongles, spécialement l'onyxis syphilitique, sont fréquentes chez les Arabes.

Les cicatrices ont un intérêt pratique réel en Algérie, et certaines d'entre elles devront toujours être recherchées quand il s'agira d'établir l'identité d'un individu. Ce sont celles qui succèdent à la circoncision et à l'inoculation variolique. La circoncision, prescrite par le Koran, est pratiquée vers l'âge de quatre ans, suivant différents procédés opératoires sur lesquels nous n'avons pas à insister. Elle est l'occasion d'une réjouissance publique analogue à celle qui agrmente le baptême des Israélites. La variole est inoculée à la main, dans le premier espace interdigital, à l'aide d'incisions linéaires qui laissent après elles des cicatrices blanchâtres très apparentes.

Outre ces cicatrices universelles à toute la race, on peut trouver, chez certains individus, des traces blanches, allongées en forme de points d'exclamation, produites par des pointes de feu. C'est en effet une médication très couramment employée par les médecins maures ; à défaut de thermocautère, on fait rougir dans un braséro la lame d'un couteau, et on trace ensuite, sur la peau, des stries parallèles entre elles.

Les tatouages sont surtout fréquents chez les femmes. Ils siègent principalement sur le visage, aux avant-bras, aux chevilles et sur la poitrine. En forme de bracelets aux

avant-bras et aux chevilles, ils figurent, sur la face et la poitrine, des traits bizarrement enchevêtrés ou des inscriptions. Ils ne peuvent servir à différencier nettement une tribu quelconque : le fait que beaucoup d'indigènes d'une même région portent des tatouages similaires provient tout simplement de ce que ces indigènes se sont adressés au même opérateur. Ces tatouages ont pour but, soit d'embellir celui qui les porte, soit de le préserver de maladies ou de maléfices : dans ce sens, ils sont comparables à des amulettes, qu'ils représentent d'ailleurs grossièrement.

Un certain nombre d'Arabes portent, en outre, des tatouages représentant des femmes, des soldats ou des armes. Au point de vue médico-légal, la présence de ces figures est importante, car elle permet d'affirmer que l'indigène sur lequel on les découvre s'est trouvé assez longtemps en contact avec la civilisation européenne, soit comme hôte des prisons, soit comme soldat ou marin. Tout autre Arabe regarderait, en effet, comme déshonneur de porter sur lui une figure de femme.

La réunion de ces divers signes sur un même individu prouve, d'une façon certaine, qu'on se trouve en présence d'un indigène. De rares indices professionnels, que nous exposerons ensuite, pourront parfois servir à spécifier la profession de cet indigène ; ajoutons toutefois qu'ils ne présentent pas la même universalité que les signes précédents, et, par suite, ne peuvent apporter que des renseignements approximatifs.

Les cavaliers indigènes présentent, soit une plaie superficielle, soit une bourse séreuse ou callosité siégeant à la partie antéro-inférieure de la jambe, à trois centimètres environ au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Ce

point subit, en effet, le frottement continu de la partie supérieure de l'étrier arabe.

Les brodeurs, fabricants de gandourahs ou de burnous, offrent presque tous deux callosités semi-circulaires, placées, d'une dans le pli digito-plantaire du gros orteil droit, l'autre dans le pli phalangien du deuxième orteil, à la face plantaire. En effet, pour tendre leur ouvrage, ces artisans passent plusieurs anses de fils autour des deux premiers orteils, et fixent, d'autre part, les fils à leur travail qu'ils tiennent de la main gauche. Notons, en outre, dans ces professions, des traces de piquûres d'aiguille aux doigts.

Les cordonniers travaillent assis, fixant la chaussure qu'ils fabriquent sur une de leurs cuisses à l'aide d'une courroie passant sous la plante des pieds. Il en résulte deux callosités situées chacune sur le bord externe des deux pieds, et remontant sur leur face dorsale.

Les coupeurs de tabac poussent rapidement, à l'aide du genou gauche, les feuilles à sectionner dans une boîte devant laquelle ils font mouvoir, de la main droite, un couteau très tranchant. Aussi rencontre-t-on, chez eux, un peu au-dessus de la rotule, une bourse séreuse professionnelle.

Les tourneurs de corne, qui se servent d'un gros orteil comme d'un doigt de la main, présentent une callosité et un relèvement presque constant de cet orteil.

Enfin, les porteurs d'eau ont une bourse séreuse sur l'épaule gauche, un peu en arrière et en dedans.

Ces indices professionnels, joints aux signes précédents, permettront donc d'identifier un indigène. Voyons ensuite comment on pourra, parfois, reconnaître l'Arabe à son œuvre, par l'examen des blessures. Nous voulons parler

surtout des plaies produites par la matraque et de certaines blessures effectuées à l'aide du couteau.

Les plaies produites par les coups de matraque siègent principalement à la tête. Ce fait est d'explication facile : le meurtrier qui frappe à l'aide de la matraque cherche en effet à étourdir d'abord sa victime ; ensuite, la région céphalique est le point du corps le plus exposé à un coup de massue, car les autres parties sont mieux protégées par les vêtements ; enfin, l'instrument contondant produira sur le crâne des désordres plus graves que partout ailleurs.

La matraque détermine le plus souvent des plaies contuses avec enfoncement ou fêlure des os du crâne. Mais parfois aussi, on se trouve en présence d'une plaie à bords assez nets, qui semblerait au premier abord causée par un instrument tranchant. Cela s'explique par ce fait que beaucoup de matraques ne sont pas cylindriques, mais présentent des angles assez aigus. La blessure pourra cependant être distinguée d'une plaie par coup de couteau, car elle sera toujours entourée d'une zone ecchymotique assez étendue correspondant à une infiltration des tissus ambiants, et ne présentera pas la même régularité que la plaie produite par instrument tranchant.

Placé en présence d'un individu dont la mort est attribuée à un coup de matraque, le médecin légiste apportera tous ses soins à l'examen du crâne et du cuir chevelu. Si l'on a trouvé une matraque non loin du cadavre (ce qui est fréquent), il prélèvera une mèche des cheveux de la victime pour les comparer avec ceux qu'on pourrait découvrir dans les anfractuosités de la matraque. Les lésions du cuir chevelu seront examinées minutieusement : on sait, en effet, que l'extrémité de la matraque n'est pas toujours lisse, qu'elle présente des clous ou des nœuds,

et l'on pourra souvent constater des ecchymoses disposées suivant un ordre qui, comparé à celui qu'affectent les aspérités de la matraque, permettra d'affirmer que l'instrument présenté est bien celui qui a servi à accomplir le crime.

Le siège de la lésion pourra parfois apporter d'utiles renseignements sur les positions respectives du meurtrier et de la victime. Les coups de matraque sont presque toujours portés horizontalement : il s'ensuit qu'une lésion siégeant sur la partie gauche du crâne permettra de supposer que l'assassin se trouvait en face de sa victime. Si, au contraire, la blessure est à droite, le coup aura été porté par derrière. Il faut cependant éviter d'étayer, sur cette simple remarque, des conclusions absolues. Que l'assassin soit, en effet, gaucher, ou qu'il ait simplement frappé de gauche à droite, comme cela se pratique dans le maniement du sabre, la lésion produite par le coup de matraque occupera la portion droite du crâne, bien que les acteurs du drame aient été placés face à face. Le médecin légiste devra donc apporter la plus grande prudence dans l'interprétation de ces blessures.

Lorsqu'on constate un enfoncement de la boîte crânienne, on note d'ordinaire une lésion arrondie ou ovale dont la longueur est toujours proportionnelle sinon égale à celle de l'arme employée. Il est d'ailleurs remarquable que l'enfoncement n'est le plus souvent complet qu'au point exact où a porté l'extrémité de la matraque ; c'est là un fait important et utile pour déterminer la position relative des acteurs du drame.

Certaines plaies par instruments tranchants peuvent également, d'une façon générale, permettre d'affirmer que l'assassin était un Arabe : ce sont les plaies du cou. Il importe de rappeler ici que la tuerie des animaux est

réglementée par le Koran, suivant une pratique que nous décrirons brièvement. Le sacrificateur doit couper complètement, sur la partie antérieure du cou, la trachée-artère et les jugulaires, sans enlever le couteau avant l'entière section de ces parties. La loi ordonne, en outre, d'employer un instrument très tranchant, pour diminuer la souffrance.

Il est, dès lors, facile de comprendre qu'un Arabe emploiera de préférence ce procédé, auquel il est habitué, car tous les Arabes sont plus ou moins sacrificateurs.

Le siège de ces plaies est ordinairement situé très peu au-dessous de l'os hyoïde ; la direction est, le plus souvent, très peu oblique de haut en bas. Il est assez facile de déterminer le sens de la plaie ; en effet, on constatera une section nette et profonde au point où le couteau a commencé son œuvre ; tandis que la fin de l'incision sera caractérisée par une profondeur moindre, et souvent aussi par des bavures. Dans le cas où la plaie est dirigée de droite à gauche, on peut en conclure que l'assassin était placé en avant de la victime ; une direction inverse indique que le meurtrier a frappé par derrière.

Toutefois, il serait imprudent de fonder, sur la direction de la plaie, des affirmations trop précises relativement aux positions respectives de l'assassin et de sa victime. Les restrictions mentionnées plus haut à propos des coups de matraque sont également applicables à cette question des blessures par instruments tranchants. C'est dire qu'une plaie dirigée de gauche à droite peut fort bien être l'œuvre d'un individu placé en avant de la victime, pour peu que cet individu soit gaucher ou qu'il ait manié son couteau à la façon d'un sabre.

Les plaies de l'abdomen et les plaies par armes à feu

ne présentent aucun caractère qui puisse nettement caractériser l'œuvre d'un indigène.

Les plaies des organes génitaux s'observent quelquefois. Elles sont produites le plus souvent à l'occasion d'un viol, par une femme qui se défend. Nous résumons, à ce sujet, une observation de castration publiée par M. le docteur Devrenne dans le *Recueil des Mémoires de Médecine et de Pharmacie militaires*.

« Dans le village Kabyle de Beni-Douala, vivait un jeune couple marié depuis sept jours. La femme, Sminna, était âgée de 10 ans. Violentée par son mari, qui voulait jouir de sa possession, elle parvint par une ruse à le décider de se laisser lier pieds et poings ; elle connaissait, lui avait-elle dit, un sortilège pour se rendre très vite femme faite, c'était de se casser réciproquement des œufs sur le ventre, en récitant certaines évocations, les pieds et les mains étant solidement attachés. A peine le mari s'était-il soumis à ce que lui demandait sa femme, que celle-ci, tirant de dessous ses vêtements un rasoir arabe, lui saisissait la verge et, d'un coup, la tranchait presque complètement. »

En résumé, indices de race, instruments employés et certaines plaies de forme spéciale, telles sont les marques qui pourront permettre, au cours d'une instruction criminelle, de reconnaître un indigène dans la victime ou dans le meurtrier.

Voyons maintenant la question du suicide. En France, une des premières interrogations posées au médecin légiste, en présence d'un cadavre, est la suivante : « La mort doit-elle être attribuée à un crime ou à un suicide ? »

Il n'en va pas de même en Algérie, et, si le cadavre a été reconnu pour celui d'un indigène, le magistrat ins-

tructeur ne s'arrêtera qu'en dernier lieu et faute de mieux à l'hypothèse de suicide.

Ce fait est d'ailleurs facilement compréhensible *a priori*. L'Arabe ne se suicide pas parce que sa religion le lui défend. Une telle mort, non seulement lui interdirait à tout jamais l'entrée du Paradis, mais couvrirait de honte sa famille et priverait son cadavre, devenu pour les fidèles un objet de répulsion, des honneurs bruyants de la sépulture mahométane.

L'Arabe ne se suicide pas parce qu'il ne peut comprendre, ni concevoir le suicide. C'est un fataliste, par conséquent un résigné. Qu'un malheur frappe sa famille, il laisse aux femmes le soin de se lamenter à grands cris, est sobre de gestes et n'invoque pas, comme les anciens grecs, les divinités infernales. Sans rien perdre de son calme, il murmure tristement « Mektoub » (c'était écrit), ou « Inch Allah » (Dieu l'a voulu) et se résigne, mettant sa fierté dans la dissimulation de sa douleur. Quant à se détruire, il n'y songe même pas.

Afin de fixer les idées sur ce point, nous avons écrit à un magistrat de nos amis, exerçant en Algérie depuis plus d'une dizaine d'années, pour lui demander à ce sujet des statistiques probantes. La réponse fut celle-ci : « Je n'ai encore pu observer personnellement aucun cas de suicide chez un indigène. J'ai interrogé sur cette question de nombreux tolbas (lettrés indigènes), mais le suicide étant une chose monstrueuse aux yeux des Arabes et inconnue pour eux, il m'a été impossible d'en enregistrer un seul cas.

Aussi bien, nous ne traitons cette question du suicide qu'en passant, pour l'éliminer en quelque sorte, mais aussi pour faire comprendre que nous n'avions pas à envisager l'hypothèse de suicide à propos de la discussion

des plaies par instruments tranchants, et spécialement des plaies du cou.

Quant aux coups et blessures qui n'entraînent pas la mort, ils sont, nous l'avons vu, très fréquents, et amènent souvent l'intervention du médecin légiste ou du médecin de colonisation faisant office de médecin légiste.

L'Arabe blessé recourt volontiers au médecin. Il vient faire constater son traumatisme et demande un certificat d'incapacité de travail, qu'il emploiera ensuite pour obliger son agresseur à lui accorder une indemnité, menaçant de recourir à la justice si on ne lui donne pas satisfaction. C'est une extension pratique de la loi du « diah » ou prix du sang. Pendant un intérim de deux mois que nous avons effectué à Frenda (Sud-Oranais), nous regrettons de n'avoir pas songé à tenir un compte exact de ces certificats d'incapacité de travail que nous avons eu l'occasion de délivrer aux indigènes ; mais nous pouvons affirmer, sans exagération, que le nombre de ces certificats a presque atteint cent, soit plus de un par jour.

Les traumatismes que nous avons observés alors furent des plus divers comme siège et comme gravité : depuis la simple contusion produite au cours d'une querelle jusqu'aux plaies pénétrantes, fractures de membres et fissures du crâne.

Comme tous les médecins qui ont pratiqué en Algérie, nous avons été frappé de la facilité et de la rapidité avec lesquelles se réparent, chez l'Arabe, les plus considérables délabrements. Sans revenir sur les conclusions émises précédemment à ce sujet, et qui résultent d'observations nombreuses, nous rappelons que le pronostic est beaucoup moins grave chez l'indigène, même si le traumatisme est suivi d'infection. Ainsi, pour l'Arabe de l'observation XIV, atteint de hernie traumatique du rein gauche à la

suite de plaie par coup de couteau, nous avons pronostiqué une incapacité de travail de vingt-deux jours, en faisant toutefois des réserves au sujet des complications tardives possibles (péritonite secondaire à l'infection de la plaie et hémorragie tardive des vaisseaux rénaux, due au sphacèle du pédicule).

Sur cette question importante de l'incapacité de travail, nous croyons pouvoir affirmer, d'après ce qui précède, que la règle pratique suivante doit être posée : le médecin pratiquant en Algérie pourra presque toujours pronostiquer pour un Arabe une incapacité de travail moitié moindre de celle qu'il aurait indiquée, dans les mêmes conditions, pour un Européen.

CONCLUSIONS

Nous résumons ici, sous une forme concise, une sorte de table des matières développées au cours de ce travail.

I. Les coups, blessures et meurtres sont fréquents chez les Arabes et spécialement entre les Arabes. Les causes en sont, par ordre de fréquence, la jalousie, la vengeance, les querelles, le vol, les discussions de famille et le jeu.

II. Les armes employées de préférence par l'indigène sont : la matraque et le couteau.

III. L'indigène résiste mieux que l'Européen aux traumatismes, même si ces traumatismes sont suivis d'infection.

IV. Dans les affaires criminelles, l'Arabe sera facilement identifié, comme victime ou meurtrier, par son type de race, ses cicatrices, tatouages, indices professionnels, par les instruments qu'il emploie pour frapper, enfin par la forme de certaines plaies, qui constitue, en quelque sorte, sa signature.

V. A la suite de coups et blessures, on pourra accorder à l'indigène une incapacité de travail d'une durée moitié moindre de celle qu'on aurait indiquée pour un Européen atteint du même traumatisme.

Terminons par une remarque qui découle des constatations sur les mœurs et coutumes de l'indigène, notées au cours de ce travail. L'Arabe, surtout celui de l'intérieur,

n'est pas beaucoup plus civilisé à notre époque qu'au moment de la conquête. Sa fierté, sa paresse d'esprit et de corps, sa haine séculière du chrétien, et, partant, de l'Européen, entravent son adaptation. Ajoutons encore à ces causes la conservation de sa religion, qui ne contient pas seulement un dogme et une morale, mais encore un code, plus conforme que le nôtre à son état d'esprit et à ses coutumes ancestrales.

Nous avons vaincu les pères depuis longtemps ; nous n'avons pas encore conquis les fils.

Et de longues années s'écouleront avant que les Arabes ne deviennent des civilisés. Dans nos pays d'Europe, une assemblée peut, en effet, modifier les lois établies, en édicter de nouvelles qui paraissent plus conformes au bon droit et à la justice ; et ces changements, s'ils ébranlent les sociétés pour un temps, les rendent cependant à la longue, plus fortes et plus stables. Pour le musulman, au contraire, le Koran est un livre inviolable, dont les lois, formulées par le saint prophète, doivent demeurer immortelles, et ce serait un sacrilège que de corriger ou de commenter la parole de Dieu.

Au reste, nous ne connaissons pas l'Arabe. Sans doute, ses mœurs ont été depuis longtemps étudiées, son histoire recueillie et publiée. Mais son esprit, son état d'âme, restent pour l'Européen autant d'énigmes, et tous ceux qui l'ont approché sentent bien qu'un mystère éternel plane sur l'impénétrable Islam.

D'ailleurs, l'Arabe semble plus heureux que nous, parce qu'il est plus simple, plus enfant. Parfois sanguinaire, comme tous les peuples primitifs dont les colères sont courtes et violentes, il demeure pourtant, d'ordinaire, calme, bienveillant et doux. Notre civilisation, dont nous sommes si fiers et qu'il méprise, n'invente en somme que

de nouveaux besoins, c'est-à-dire de nouvelles manières de souffrir. Peut-être avons-nous tort de vouloir la lui imposer. N'est-il pas plus sage que nous ? Son existence, recueillie et monotone, s'écoule doucement, sous le ciel enchanté de son beau pays. Ses désirs sont rares, facilement réalisables. Et quand vient le soir de sa vie, il remercie Allah, implorant humblement, pour l'heure de la mort, le « rhamet », la suprême bénédiction.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 27 mai 1909.
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 27 mai 1909.
Le Doyen,
MAIRET

BIBLIOGRAPHIE

- AUZIMOUR. — Sobriété et résistance des Arabes. Thèse de Montpellier, 1905.
- BERTHERAUD. — Médecine et hygiène des Arabes.
- BEN-LARBEY-SÉGUIR. — La médecine arabe en Algérie. Thèse Paris, 1883.
- BARDIER. — Géographie médicale.
- BRAULT. — Pathologie indigène.
— Hygiène et prophylaxie des maladies des pays chauds.
- BRUCH. — De la fièvre typhoïde chez les indigènes d'Algérie.
- BÉTOULLIÈRES. — Psychologie de l'expertise médico-légale. Thèse Bordeaux, 1900.
- BROUARDEL. — Les blessures et les accidents du travail. Paris, 1906.
- Bulletin médical de l'Algérie.*
- BRUNSWICH-LE-BIHAN. — Appendicite chez les Arabes. Presse médicale, 1904.
- CHARWIN. — La variole chez les musulmans de l'Afrique du Nord. Thèse Lyon, 1902.
- CHARRIN. — Les conceptions actuelles de la pathologie expérimentale. Revue scientifique, mars 1905.
- CORNARO. — De la sobriété.
- DELORME. — Revue orientale, 1882.

- CHAMPEAUX. — Essai sur l'alcoolisme. Causes sociales. Conditions mentales. Prophylaxie. Thèse Lyon, 1900.
- DARVÉ et DELAUNÉ. — Influence du régime alimentaire sur les réactions de l'organisme. Gazette des Hôpitaux, t. LXXVII.
- DUMAIN. — Immunité de la race arabe à la fièvre typhoïde. Presse médicale, 1904.
- DUCHALLAN. — L'hygiène des Kabyles du fort Napoléon.
- DE LESTAGE. — Hygiène de l'Algérie.
- FERRARI. — La péritonite chez les Arabes.
- FONSSAGRIVES. — Hygiène alimentaire.
- FARADJ-KAËN. — Hygiène et islamisme.
- GRASSET. — Deux conférences sur l'alcoolisme.
- HÉDON. — L'alcool aliment et poison. (Montpellier médical.)
- Koran.
- LEGRAIN. — Revue médicale de l'Afrique du Nord.
- LACASSAGNE. — Précis de médecine légale.
- KOCHER. — La criminalité chez les Arabes. Thèse Lyon.
- LOISEAU. — Alcoolisme et réforme sociale. Thèse Paris, 1900.
- LUTAUD. — Manuel de médecine légale, 1886, Paris. *Lyon Médical*, 1904.
- LEVADITI. — L'immunité dans ses rapports avec la nutrition (collection Léauté).
- MATIGNON. — L'art médical à Tunis.
- MARTIN. — Du tatouage et du détatouage. Paris, 1900.
- OVIIZE. — Alcoolisme et dépopulation. Thèse Lyon, 1901.
- PERRIN. — Essai sur la médecine des Arabes. Thèse Toulouse, 1894.
- RAOUX. — Le vrai végétarisme.

RICHARDOT. — Pratiques médicales des indigènes algériens.

SERGENT. — Les tatouages dans les pays chauds. Thèse Montpellier, 1901.

STUMJOF. — Péritonite et tuberculose chez les Arabes. Thèse Toulouse, 1900.

TOURDES. — Traité de médecine légale, Paris, 1896.

VIDAL. — Immunité des Arabes à l'égard de la fièvre typhoïde. Archives de médecine et de pharmacie militaires, 1897.

WIEHN. — Le service médical dans le bled et les internes français. Thèse Bordeaux, 1903.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

DES

TRAUMATISMES CHEZ LES ARABES

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

